

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 225

LES
SCLÉROSES BRONCHO-PULMONAIRES
SYPHILITIQUES
A FORME BRONCHITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS-ANTOINE FRANCHI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Médecin aide-major de 2^e classe

Né à Bastia (Corse), le 8 Novembre 1892



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE

1920



LES
SCLÉROSES BRONCHO-PULMONAIRES SYPHILITIQUES
A FORME BRONCHITIQUE

LES
SCLÉROSES BRONCHO-PULMONAIRES
SYPHILITIQUES
A FORME BRONCHITIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS-ANTOINE FRANCHI

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Médecin aide-major de 2^e classe

Né à Bastia (Corse), le 8 Novembre 1892



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

Rue Pasteur, VALENCE.

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		BERARD.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique biologique. Radiologie et Physiothérapie,		LÉPINE (J.).
Chimie biologique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		X.
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie		Et. MARTIN.
		COURMONT (P.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.
Propédeutique et gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Embryologie	X.	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	X.	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL COMMANDEUR NEVEU-LEMAIRE LAROYENNE VORON NOGIER	MM. BRETIN LÉRICHE THÉVENOT Léon TAVERNIER. CADE. GUILLEMARD	MM. GARIN SAVY FROMENT THÉVENOT (Lucien) PIERY COTTE	MM. DUROUX chargés des fonctions BONNAMOUR, SARVONAT, FAVRE. ROUBIER. GRAVIER.
--	--	--	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.

ROQUE, président ; PIC, assesseur ; FROMENT, LUCIEN THÉVENOT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ces quelques pages,
faible témoignage de ma grande
affection et de ma profonde re-
connaissance.

A MA SOEUR

A MON FRÈRE LE CAPITAINE PIERRE FRANCHI

Décoré de la Croix de Guerre

A MON FRÈRE GEORGES FRANCHI

Juge au Tribunal civil d'Auxerre

A MA BELLE-SOEUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

*Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur*

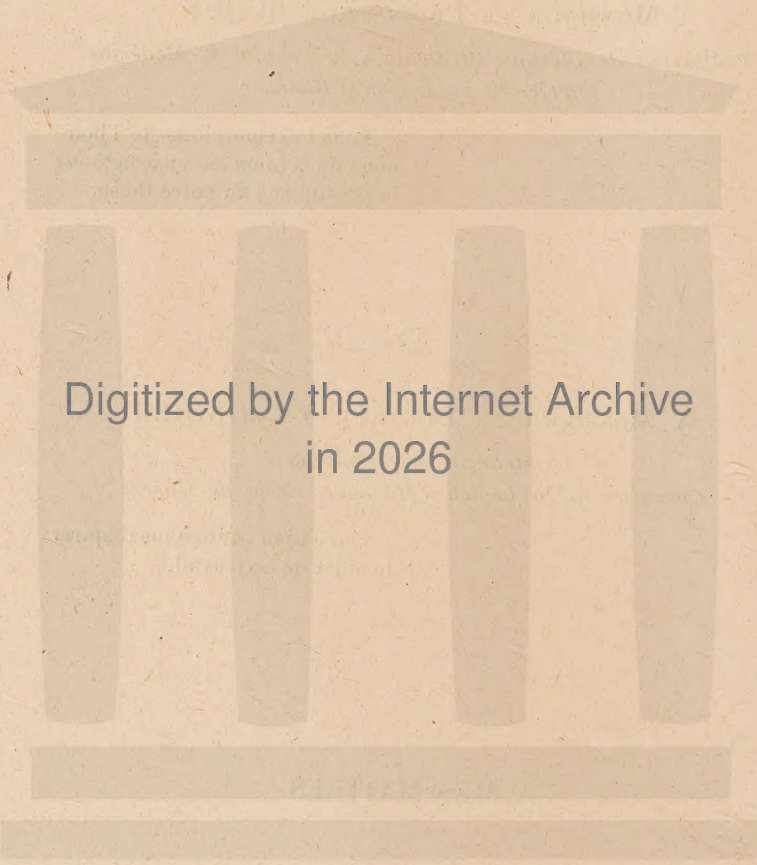
Nous le remercions de l'hon-
neur qu'il nous fait en acceptant
la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR V. CORDIER

*Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur, Croix de Guerre*

Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de ce travail.

A MES MAÎTRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours de nos études, il nous a été donné d'observer quelques cas de sclérose broncho-pulmonaire syphilitique à forme bronchitique. Nous avons consulté les traités et nous n'avons presque rien trouvé qui puisse donner, à nous, étudiant, une idée générale précise de la question. La plupart des auteurs ont surtout insisté sur l'anatomie pathologique de cette forme des pneumosyphiloses, la partie clinique et thérapeutique est à peine esquissée partout et quelque peu éparpillée. Dans ce modeste travail nous n'avons pas la prétention d'apporter un jour nouveau sur les pneumopathies syphilitiques, pas plus que celle de faire un exposé détaillé et complet de la question, nous n'avons pour cela ni l'autorité ni le temps nécessaires. Nous nous sommes seulement proposé de grouper les faits pour en former un tout le plus complet possible.

Et d'abord nous estimons indispensable de nous entendre sur l'appellation sclérose broncho-pulmonaire. Car certains auteurs ont décrit des scléroses molles et des scléroses dures. En réalité, comme l'a dit Beriel dans son excellent ouvrage sur la syphilis

pulmonaire, il s'agit là de processus très différents, les uns sont des phénomènes hyperplasiques en évolution avec indices d'activité considérable du tissu, les autres sont des lésions d'aspect cicatriciel, paraissant éteintes, mais pouvant provenir de l'évolution des premières.

Ici, il ne sera question que de ces formations fibreuses, cicatricielles, de teinte blanc jaunâtre, dures, criant à la coupe sous le scalpel.

Ces états scléreux se rencontrent rarement purs. Ils sont presque toujours associés à des gommes et à des ectasies bronchiques. Dans notre description nous aurons uniquement en vue les cas où ces deux formations ont un développement insignifiant.

La caractéristique de cette sclérose est d'être péri-bronchique et perivascularaire. En effet, la bronche est épaissie et le tissu fibreux lui forme comme un manchon. Cette disposition n'est pas sans amener des modifications dans la forme des canaux bronchiques. On pourra constater soit une sténose, soit une dilatation. Les vaisseaux sont atteints de périartérite et d'endartérite, processus pouvant aboutir à une diminution de leur lumière. Les alvéoles même voient leur parois épaissies par le tissu conjonctif néoformé. Suivant l'intensité de ces lésions scléreuses, nous pourrions avoir à la surface du poumon soit des cicatrices plus ou moins étoilées, des travées fibreuses rayonnantes, soit des plis et des sillons donnant l'aspect d'un véritable poumon ficelé, par analogie avec le foie de même nom.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie

Les manifestations syphilitiques que nous allons étudier sont essentiellement des accidents tertiaires, c'est-à-dire tardifs, à longue échéance. Elles s'observent plus souvent chez l'homme que chez la femme et vers l'âge de 45 ans.

Nous sommes dans l'imprécision absolue quant à leur fréquence. Les statistiques que l'on a pu produire au sujet de la syphilis pulmonaire en général, sont déjà des plus contradictoires. Les observations sur lesquelles elles se basent prêtent fort à la critique, la vérole pulmonaire manquant de spécificité anatomo-clinique. Mais, à l'heure actuelle, il semble que l'accord soit fait sur la fréquence plus grande des atteintes pulmonaires syphilitiques. Les formes scléreuses et bronchitiques étant des pneumosyphiloses, les formes les plus courantes, l'on peut dire que l'affection qui nous occupe est relativement fréquente.

Celle-ci est la résultante de poussées aiguës catarrhales, pneumoniques ou bronchopneumoniques. Ces poussées catarrhales peuvent ne pas appartenir au tertiarisme. En effet, à la période secondaire,

c'est-à-dire à la période des accidents cutané-muqueux, nous pouvons avoir des bronchites que Lagneau (Thèse de Paris, 1851) et Schnitzler ont bien étudiées. Ces bronchites, dont l'évolution peut être aiguë ou chronique, créent une prédisposition aux localisations trachéo-bronchiques du tertiarisme. En particulier la forme dite tardive de ces manifestations, forme remarquable par sa ténacité, la facilité de ses récurrences, sa tendance à la chronicité « établit » une transition entre les accidents rapides, aigus du « début et l'évolution progressive et sténosante du » tertiarisme » (Sergent).

Ces bronchites chroniques consécutives au secondarisme sont de constatation plutôt rare. En général, il s'agit surtout d'atteintes broncho-pneumoniques spécifiques, de gommes qui ont été nettement influencées par le traitement. L'état général s'est amélioré, les lésions ont paru se cicatriser. Mais l'inflammation broncho-lobulaire a produit de l'alvéolite qui, dans des conditions le plus souvent indéterminées, sinon toujours, passera à la chronicité et donnera du tissu fibreux. Le malade restera un toussueur.

J

CHAPITRE II

Etude Clinique

L'inflammation broncho-alvéolaire entretenue par la sclérose se présente sous le masque banal de la bronchite chronique, sans aucun symptôme pathognomonique. On a affaire à des malades qui, au cours de l'évolution de leur vérole, ont présenté du côté du poumon des atteintes spécifiques de nature diverse. Sous l'heureuse influence du traitement, ces accidents ont cédé. Mais divers signes, les signes fonctionnels en particulier, dépendances du reliquat des altérations cicatricielles, ont persisté. Le malade ayant recouvré son bon état général, ne s'en préoccupe pas. Au bout de quelques mois, la toux, la dyspnée, l'expectoration s'exagèrent, et il songe alors seulement à se montrer au médecin. Voyons successivement les signes fonctionnels et physiques.

1° Symtômes fonctionnels. — a) *Toux.* — Le malade est un tousseur. L'air froid, le vent, la fumée, les poussières, produiront la toux qui n'offre aucun caractère spécial et semble ne pas être très pénible pour le malade. Elle est surtout fréquente le matin, au moment où le malade vide ses bronches remplies de mucosités accumulées pendant le sommeil.

b) *Expectoration* généralement abondante et cette abondance tient sans doute aux bronchioectasies qui accompagnent la sclérose. Cette expectoration est tantôt muco-purulente, nummulaire, tantôt d'aspect visqueux, de couleur claire. Elle n'est pas fétide.

Les hémoptysies sont rares. Mais nous pouvons constater assez souvent des crachats striés de sang, exceptionnellement franchement hémoptoïques. Quand une véritable hémoptysie se produit, elle est due à l'existence de dilatations bronchiques déjà appréciables.

c) *Dyspnée*. — C'est certainement le signe le plus impressionnant du tableau clinique, celui qui est le plus capable d'attirer l'attention du côté de la spécificité. Son caractère est d'être hors de proportion avec les signes stéthoscopiques. Intermittente, passagère au début, elle finit par s'installer à demeure, devenir continue avec paroxysmes, allant jusqu'à l'orthopnée. Elle s'exagère par l'effort, la marche, l'ascension d'un escalier, s'accompagne parfois de sifflement inspiratoire, de cornage. Elle semble plus fréquente la nuit que le jour simulant ainsi l'accès d'asthme. On voit alors le malade prendre des attitudes diverses pour mettre en jeu ses forces inspiratoires, les sommets du poumon se dilater et se resserrer avec force.

L'intensité de cette dyspnée a donné lieu à des interprétations différentes. Pour les uns, il s'agirait d'une « endartérite concomitante de l'aorte amenant un asthme circulatoire. »; pour d'autres elle est due

à l'inhibition du vague consécutive à une striction au niveau du hile, pour d'autres encore à une sténose bronchique due à la sclérose péribronchique très accentuée. Il faut aussi faire jouer un rôle à la diminution du champ de l'hématose : le malade supplée par le nombre, à la qualité de ses inspirations.

d) *Douleur pectorale*, rétro-sternale « avec sensation de gêne profonde, de constriction, d'étranglement » (Florand, Flurin et François).

2° **Signes physiques.** — D'après certains auteurs, ces signes seraient essentiellement localisés au niveau de la partie moyenne du poumon, plus particulièrement au niveau du droit, la syphilis fuyant le sommet. Leur maximum serait vers l'épine de l'omoplate entre la troisième et la cinquième côte. Ceci n'a rien d'absolu et ne peut être élevé comme le veut Grandidier à la valeur d'un signe. Si la règle est exacte dans beaucoup de cas, nombreux aussi sont les cas où les signes prédominent à la base.

L'inspection ne nous révélera rien, sauf une rétraction, un affaissement de la paroi thoracique dans les cas de sclérose très intense.

A la palpation les vibrations seront normales ou exagérées.

A la percussion on constate toujours des modifications de la sonorité normale. Il est de règle de trouver une submatité très nette et même de la matité. Au sommet on pourra avoir un certain degré de tympanisme dû à l'emphysème. A l'auscultation les signes

sont variables. Nous pouvons avoir soit les râles de bronchite (ronchus, sibilances, sous-crépitants), soit une inspiration rude, râpeuse, pouvant monter jusqu'au souffle, avec expiration facile, silencieuse, soit encore des zones d'obscurité respiratoire correspondant aux blocs scléreux ou à la sténose d'une bronche.

Radioscopie. — Elle nous révèle une diminution de la clarté et parfois une réduction du champ pulmonaire. L'obscurité prédominera à la base, à la partie moyenne et surtout au niveau du hile dont l'ombre sera élargie. De ce hile partent des travées divergentes d'aspect plus sombre.

Etat général. — Il peut se maintenir assez satisfaisant. Le teint est pâle et plus ou moins terreux. Il n'y a pas de fièvre. Celle-ci n'apparaît qu'avec les infections secondaires.

CHAPITRE III

Diagnostic

L'examen du malade, on vient de le voir, ne fournit pas de signes dont la valeur soit telle qu'elle nous permette de poser le diagnostic sans hésitation. Aussi le diagnostic restera le point délicat et aussi le plus important au point de vue pratique. Pourquoi penserait-on à la spécificité avec un tableau clinique aussi banal ?

Pourquoi ?

« Parce qu'il faut songer à la syphilis alors même qu'elle ne se dénonce par rien de spécial, parce que les viscéropathies de la syphilis n'ont et ne sauraient avoir rien de spécial. Un viscère malade traduit sa souffrance par le trouble des fonctions qui lui sont dévolues, mais il n'a pas une modalité de troubles fonctionnels adaptés à la qualité de toute cause pathogène qui peut l'affecter... Par conséquent, la banalité des symptômes n'a pas de signification pour ou contre la spécificité d'origine des accidents ».

Il faut donc que cette idée de rareté qui reste attachée dans notre esprit à la syphilis pulmonaire disparaisse et que celui-ci s'habitue à la fréquence possible de ces accidents. Il faut, de parti pris, songer

à la possibilité d'une syphilis, l'admettre ou la repousser en se basant sur certains caractères particuliers qu'il faudra rechercher, à savoir :

1° *Les anamnesticques.* — Il est de toute évidence que la notion des accidents de la vérole à ses diverses périodes sera pour nous un précieux renseignement. Mais ne lui attribuons pas non plus une valeur absolue. Car, d'une part, ainsi que le fait remarquer Berruel, les accidents pulmonaires les plus divers peuvent s'observer chez les vénériens sans qu'ils soient spécifiques, et d'autre part, nombreuses sont les personnes, chez les femmes surtout, qui ignorent leur syphilis. Néanmoins, nous devons nous appliquer à rechercher les traces de l'ulcération initiale, les stigmates de la maladie et se renseigner sur la nature des médicaments qui ont pu être administrés au cours des maladies antérieures.

2° *Coexistence d'autres accidents spécifiques.* — Leur importance est considérable en ce sens qu'ils nous prouvent que l'infection est en activité. Schnitzler, en 1884, a montré la fréquence des accidents laryngés au cours des atteintes syphilitiques de l'arbre pulmonaire. Balzer a insisté sur celle des lésions hépatiques. Sergent a attiré notre attention sur la leucoplasie buccale « cette signature de la syphilis », les troubles pupillaires (myosis ou inégalité). Enfin les gommès cutanées, tibiales, les accidents dits parasyphilitiques, nous feront fatalement penser à la syphilis.

3° *Topographie des lésions.* — La vérole a une prédilection pour la région moyenne et la base du poumon. Nous avons vu ce qu'il fallait penser de cet élément de diagnostic.

4° *Réaction de Bordet-Gengou-Wassermann.* — On connaît l'enthousiasme qu'elle avait provoqué à son apparition et l'importante signification diagnostique qui lui fut attribuée. Aujourd'hui, tout en ne méconnaissant pas sa valeur, nous en sommes un peu revenus. Comme le dit Thibierge, il ne faut lui demander que ce qu'elle peut donner. Positive, en dehors de toute autre affection susceptible de la donner telle, elle prouve que la spécificité est en cause. Négative, elle n'infirme pas que notre sujet n'a pas la vérole. D'autre part, même positive, elle n'exclut pas l'idée d'une bacilllose venue s'installer à côté de la syphilis.

5° *Examen des crachats.* — C'est un bon élément de diagnostic.

a) La recherche du tréponème pâle de Schaudin sera inutile parce qu'il est indécélable. Buchanan (*British Medical Journal*, 1907) prétend, après coloration au Giemsa, avoir trouvé des spirochètes. Sans vouloir mettre en doute l'assertion de l'auteur anglais, nous devons accepter la critique que lui fait Dinu. Car la bouche est l'habitat de nombreux spirilles qui peuvent nous donner le change.

b) L'albumino-réaction de Roger-Valensi sera pra-

tiquée. Négative, elle nous permettra d'éliminer la bronchite chronique, albuminurique et la tuberculose.

c) Recherche du bacille de Koch. Sans nier la valeur du résultat de l'examen, il faut faire des réserves.

Positive, elle ne doit pas faire abandonner l'idée d'une pneumosyphilose, parce que il peut y avoir coexistence des deux maladies. Négative, elle ne doit pas non plus faire rejeter la tuberculose.

6° *Traitement d'épreuve.* — On l'a considéré dans la syphilis pulmonaire comme la pierre de touche infaillible. Les résultats qu'il peut fournir dans le cas qui nous occupe ne sont pas aussi concluants que dans les autres pneumopathies syphilitiques. Car l'action du traitement spécifique ici est très restreinte. D'autre part, l'iodure agit favorablement sur des manifestations nullement spécifiques et enfin l'administration du traitement n'est pas toujours indifférente par le malade.

En résumé le diagnostic doit se faire avec des éléments de valeur relative et toujours discutable. Cependant la constatation de deux ou plusieurs de ces éléments doit être considérée comme un faisceau de probabilités en faveur de la nature spécifique de la maladie.

La bronchite chronique spécifique ne sera pas confondue avec la bronchite chronique banale, et avec les bronchites dites spécifiques : aspergillose, actinomyose et tuberculose.

1° *Avec la bronchite chronique commune.* — Celle-ci est surtout une affection des vieillards et ordinairement sous la dépendance d'altérations cardiaques, artérielles, rénales, ou d'une diathèse qui attirent l'attention aussitôt. Le malade ne présente pas cette dyspnée intense nullement proportionnée aux signes d'auscultation qui frappé un peu dans la syphilis pulmonaire.

2° *Avec l'aspergillose et actinomycose.* — Affections assez rares qui se constateront par la présence de grains jaunes et de filaments mycéliens dans les crachats et ensemencement sur milieu liquide de Raulin.

3° *Avec bronchite tuberculeuse.* — On prendra en considération les antécédents personnels et héréditaires et l'état général qui faiblit plus vite chez les tuberculeux. Ceux-ci présentent un facies animé, des pommettes rouges, de l'asthénie, de l'amaigrissement progressif, de la température vespérale, des sueurs nocturnes, de la toux émétisante, des hémoptysies, de la tachycardie, de l'hypotension. D'autre part, dans la tuberculose, les signes sont dans la grosse majorité des cas, apicaux et plus souvent bilatéraux que dans la syphilis. Enfin et surtout les recherches de laboratoire fournissent les éléments de diagnostic les plus importants. Les crachats tuberculeux contiennent des bacilles de Koch, donnent une albumino-réaction positive et après inoculation, tuberculisent le cobaye. Le séro-diagnostic de S. Arloing et P. Courmont constitue, d'après M. Nicolas, le

« moyen vraiment spécifique de diagnostic de la tuberculose ». Quant à l'intradermo-réaction, MM. Nicolas, Favre et Charlet, après Strauss et P. Teissier, sont arrivés à cette conclusion qu'elle ne peut « servir à distinguer la tuberculose de la syphilis, syphilitiques et tuberculeux réagissant très approximativement de même vis-à-vis de la tuberculine, les syphilitiques présentant même assez souvent des réactions à la tuberculine plus accusées que les tuberculeux avérés ».

Pour Sergent, ces conclusions doivent être rejetées. La constatation d'une intradermo-réaction positive chez un syphilitique prouve que celui-ci est en même temps tuberculeux.

Malgré ce que nous venons de dire, le diagnostic différentiel avec la tuberculose restera épineux. Car, très souvent syphilis et tuberculose sont identiques à s'y méprendre, la présence de bacilles de Koch dans les crachats n'est pas constante et puis le serait-elle, que des réserves sont nécessaires par suite de la fréquence des associations morbides syphilo-tuberculeuses.

Depuis les travaux de Potain, Landouzy, Sergent, la notion de la coexistence des deux maladies est devenue classique. La syphilis, a dit Landouzy, « fait le lit de la tuberculose ». Elle est une cause de moindre résistance par le remaniement pulmonaire qu'elle détermine et le trouble qu'elle apporte dans les grandes fonctions de l'organisme.

Avec Sergent, on peut admettre deux modes d'association syphilo-tuberculeuse. Dans un premier cas

Le spirochète et le bacille de Koch se rencontrent sur le même poumon et au même point. Il y a alors production d'une lésion dite hybride, tenant à la fois de la vérole et de la tuberculose.

Dans un deuxième cas, la syphilis, par l'imprégnation humorale qu'elle produit, favorise l'éclosion de la tuberculose. Celle-ci aura une allure clinique particulière. Nous aurons une bacillose torpide, à tendances fibreuses. C'est ce que Landouzy exprimait bien en disant « la tuberculose des syphilitiques tend au sclérolate de tuberculose » ou encore « les vieux syphilitiques réagissent à la tuberculose en sclérogénisants qu'ils sont ». Sergent, d'ailleurs, a montré la valeur séméiologique de la tuberculose fibreuse dans la recherche de la syphilis. Comme cette tuberculose fibreuse se traduit par du catarrhe chronique et emphysème, et souvent absence de bacilles dans les crachats, on comprendra la difficulté du diagnostic avec la syphilo.

CHAPITRE IV

Evolution et Pronostic

Ces bronchites ont une allure lente, chronique, et sont tout à fait compatibles avec une longue survie. Par elles-mêmes, elles constituent surtout une infirmité. Mais, ainsi qu'on pourrait le croire de prime abord, leur pronostic n'a pas un caractère de bénignité, eu égard à leur substratum anatomique et aux complications d'ordre spécifique ou infectieux qui peuvent survenir.

En effet, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, aucun traitement ne nous permet d'agir sur la sclérose qui entretient la bronchite et partant, nous ne pouvons espérer sa disparition. D'autre part, les scléroses pulmonaires syphilitiques, tout comme celles d'autre nature, finissent à la longue par avoir un retentissement sur l'appareil circulatoire. « Diminuant le champ de l'hématose, toute sclérose ajoute au travail du cœur et peut conduire à la dilatation du cœur droit et à l'asystolie ».

D'un autre côté, la syphilis pulmonaire pourra évoluer pour son propre compte. Le malade, comme l'a dit Triboulet, conserve en lui pour ainsi dire le germe de la réaction sclérogène, c'est-à-dire cet élé-

ment irritatif et inflammatoire qui a provoqué les désordres subaigus du début. Aussi la marche de l'affection n'est-elle pas d'ordinaire continue, mais entrecoupée de crises phlegmasiques dues au réveil de l'affection initiale. Le malade reste à la merci de nouveaux accidents pulmonaires spécifiques, soit aigus, tels que la broncho-pneumonie, rare, mais très grave, entraînant rapidement la mort, soit à allure lente, tels que gommes et dilatations bronchiques, que réalise volontiers la syphilis pulmonaire. « La cirrhose syphilitique affectant le type d'une sclérose broncho-pulmonaire, on doit s'attendre à la voir s'accompagner de dilatations bronchiques, c'est ce qui a lieu en effet » (Marfan).

Une expectoration plus abondante, fétide avec les trois couches classiques, les gargouillements, les râles caverneux, la bronchophonie, attireront l'attention de ce côté. On sait combien ces ectasies sont sujettes aux infections secondaires qui ne manqueront pas de se produire. Nous aurons alors la fièvre hectique, l'amaigrissement, et finalement la cachexie s'installera.

Ces complications spécifiques ne sont pas les seules. A la faveur de l'état de moindre résistance des surfaces broncho-alvéolaires, nous aurons des complications infectieuses.

Beriel écrit à ce sujet : « Il s'agit là de complications, mais elles sont si étroitement mêlées aux lésions syphilitiques et leurs symptômes y sont si confondus, qu'elles font partie de l'ensemble de la maladie et qu'il est impossible de les séparer des syphi-

loses elles-mêmes ». Ces complications infectieuses peuvent être banales avec les microbes de la suppuration : staphilo, strepto et pneumocoque, etc. Leur fréquence est grande. Les bronchites syphilitiques sont sujettes, tout comme les bronchites chroniques communes, aux infections saisonnières, à la grippe. On pourra constater toutes les variétés de l'infection : bronchites aiguës, congestion, pneumonie et broncho-pneumonie. Mais on peut dire que toutes constituent un facteur de gravité.

Nous pouvons avoir aussi des complications dues au bacille de Koch. Nous ne traiterons pas ici le pronostic de l'association tuberculose et syphilis. On le trouvera magistralement exposé dans l'ouvrage récent de Sergent : *Syphilis et Tuberculose*. Nous dirons seulement que cette complication se révélant par la présence de bacilles dans les crachats, peut amener une erreur de diagnostic, faire abandonner au médecin traitant l'idée d'une syphilis.

Dans l'établissement du pronostic, il n'y a pas que les accidents pulmonaires qui doivent entrer en ligne de compte. Nous devons aussi prendre en considération toutes les autres manifestations syphilitiques ou parasyphilitiques que le malade peut présenter. Elles gardent ici toute la valeur pronostique qu'elles ont partout ailleurs.

En résumé, ces états bronchitiques ont une évolution lente, entrecoupée de poussées aiguës ou sub-aiguës venant assombrir le pronostic.

CHAPITRE V

Traitement

A première vue, il semblerait que la notion de syphilis doive dominer la thérapeutique de ces états bronchitiques. En réalité, s'il est rationnel de pratiquer la médication spécifique, les résultats obtenus ne sont pas ceux que l'on pourrait attendre. Alors que dans les manifestations de la syphilis pulmonaire telles que gommes, broncho-pneumonie, phtisie syphilitique, le traitement fait merveille, produit de véritables résurrections (la délicieuse histoire du malade de Brambilla n'est-elle pas présente à l'esprit ?), dans les formes scléreuses il se montre inefficace, n'a pour ainsi dire pas de prise. La nature histologique des lésions qui entretiennent la bronchite nous explique cette impuissance.

En effet, qu'est-ce que la sclérose ? Comme l'a dit Marfan, c'est l'aboutissant, la terminaison des phlegmasies aiguës. Elle se présente à nous comme un processus de guérison, « la trace indélébile des atteintes pneumoniques ou gommeuses éteintes ». I'on conçoit dans ces conditions que quelle que soit la médication employée, une *restitutio ad integrum*

ne puisse être obtenue et que la regression de telles lésions ne puisse s'effectuer.

Ceci posé, est-ce à dire que l'on doive renoncer au traitement spécifique ? Non. Car si la guérison est chose impossible, nous pouvons obtenir tout de même une amélioration, une atténuation des symptômes les plus pénibles et surtout nous préviendrons de nouveaux accidents. Avec le traitement spécifique, nous empêcherons le tréponème de faire de nouveaux dégâts dans ce poumon si profondément atteint. Celui-ci sera mis aussi à l'abri d'une nouvelle poussée pneumonique gommeuse ou ectasique.

Le traitement spécifique comporte aujourd'hui les iodures, les mercuriaux et les arsenicaux.

a) *L'iodure de potassium*. — On lui a attribué des propriétés anti-scléreuses. Il vaut mieux, si tant est qu'elles existent, ne pas les mettre à profit, si l'on songe aux inconvénients que l'administration du médicament peut avoir. L'iodure a en effet une action élective sur l'appareil respiratoire. C'est un congestif. Or la congestion, l'hyperhémie est toujours à éviter dans le cas qui nous occupe. Comme on l'a vu, les malades ont souvent des crachats striés de sang. D'autre part, pour peu qu'il existe de la bronchiolectasie ou une association tuberculeuse, nous aurons avec l'iodure des hémoptysies qui pourront emporter le malade.

b) *Le mercure*. — C'est assurément le médicament de choix, celui dont les résultats sont les meilleurs.

Mais son emploi ne doit pas être intempestif si l'on ne veut pas avoir des déceptions. Avant de l'ordonner, un bon examen du malade est nécessaire. Son administration doit être pratiquée à petites doses, au début tout au moins, de façon à éprouver la tolérance du malade.

Ces précautions doivent être considérées comme indispensables, étant donnée la fréquence de l'association syphilo-tuberculeuse. Landouzy et Jacquinet dans sa thèse, nous ont mis en garde contre les effets du mercure dans le traitement des syphilitiques tuberculeux. Ils ont même admis l'action tuberculisante du mercure. A l'heure actuelle, avec Potain et Sergent, on admet que le mercure peut exercer sur la tuberculose une action favorable, en modifiant le terrain syphilitique sur lequel elle évolue. Mais cependant nous croyons que l'appareil digestif des malades doit être l'objet d'une grande surveillance, d'un soin pour ainsi dire pieux. Ainsi l'on favorisera la bonne alimentation du malade et l'on évitera la stomatite et l'entéro-colite mercurielle, toujours redoutable au cours de la tuberculose pulmonaire (cas mortel de Smirnoff).

c) *L'arseno-benzol*. — C'est un excellent médicament car il est à la fois antiparasitaire et tonique par l'arsenic qu'il contient. Mais son emploi sera souvent contre-indiqué par des lésions hépatiques concomitantes.

Si le malade a droit au traitement spécifique en tant que syphilitique, la bronchite dont il est por-

teur lui vaut un traitement hygiénique. Il évitera les causes tussipares (les poussières, le vent, l'air froid, l'usage du tabac et de l'alcool). La cure d'altitude lui sera préconisée et on le soumettra à un régime alimentaire substantiel et à la médication tonique. Enfin, on pratiquera un traitement symptomatique.

En résumé, en présence d'une bronchite liée à une sclérose pulmonaire syphilitique, il faut instituer le traitement hygiénique et le traitement spécifique qui aura surtout une action préventive.

Mais le vrai traitement de ces scléroses pulmonaires syphilitiques est comme celui des scléroses de toute autre origine, c'est-à-dire prophylactique. Dès que le diagnostic de pneumopathie syphilitique est posé il faut agir vite par le traitement spécifique, il faut modifier les sécrétions, cette cause habituelle de la sclérose pulmonaire et enfin activer la résolution par la révulsion.

OBSERVATION I

(Vidal de Cassis — Traité des Maladies Vénériennes)

Femme de 45 ans. Signes évidents de syphilis. Symptômes pulmonaires fonctionnels, dyspnée violente.

Autopsie. — Les poumons seuls sont le siège des lésions qui ont amené la mort ; la trachée est remplie d'un liquide spumeux ; sa muqueuse n'offre ni rougeur ni

ulcération. Les ramifications bronchiques des lobes inférieurs, sont entourés d'une masse indurée qui a remplacé le parenchyme pulmonaire qui sépare les divisions aériennes les unes des autres ; elle offre une vive résistance à la pression, on dirait une périostose. Le reste du poumon est doux au toucher, élastique, s'affaissant sous le doigt et sa section souple et molle se convertit en lignes courbes et flexueuses, ainsi que dans l'état sain ; il est très légèrement rougeâtre, quoique très congestionné. Pas la moindre trace de tubercule, ni au sommet, ni à la base. Les ganglions bronchiques sont noirs et indurés, sans tendance à la suppuration ; les filets bronchiques des nerfs pneumogastriques, de chaque côté, plongent au milieu du tissu induré, ce qui en rend la dissection presque impossible.

OBSERVATION II

(Résumée)

(Mosny et Malleizel — Annales des Maladies Vénériennes 1907)

R..., Marie, 47 ans, blanchisseuse, entre le 18 février 1903 à l'hôpital Saint-Antoine. Les anamnestiques ne permettent pas de trouver exactement l'origine de la syphilis. Mariée à 23 ans à un homme de 22 ans. Il y a dix-neuf ans, pour ses dernières couches, elle perdit ses cheveux. N'a jamais constaté aucun accident cutanéomuqueux.

Il y a dix ans, elle remarque sur la face externe des cuisses deux petites masses ovoïdes un peu douloureuses qui prennent par la suite l'aspect d'abcès fluctuants. Elles

s'ouvrent et donnent naissance à deux ulcères indolents à bords taillés à pic, qui suppurent pendant six mois, puis guérissent sans traitement en laissant des cicatrices blanches adhérentes.

Il y a un an, deux autres abcès analogues aux membres inférieurs, même évolution.

En juillet 1902, la malade raconte qu'elle prit froid et eut une bronchite. Elle se soigna chez elle jusqu'au mois d'octobre. A ce moment eut lieu la ménopause. Elle dû entrer à l'hôpital Saint-Antoine ; sa bronchite persistait, s'accompagnant de dyspnée interne avec tirage et cornage, de sueurs nocturnes abondantes et de diarrhée. Elle reste à l'hôpital dix jours, elle retourne chez elle non guérie et s'y soigna jusqu'à l'époque actuelle.

État actuel. — Malade très dyspnéique, respiration bruyante accompagnée de tirage et cornage. A l'auscultation on entend uniquement dans tout le thorax des râles ronflants et sibilants. L'expectoration est très abondante, aérée d'aspect bronchitique.

Cœur de volume normal, pouls irrégulier, appétit bon, ni constipation, ni diarrhée. Le foie déborde les fausses côtes.

Urines : ni sucre, ni albumine.

Seuls les ganglions inguinaux sont perceptibles, formant une chaîne de consistance normale. A la face postérieure du mollet gauche deux ulcérations, à bords taillés à pic, datant de deux mois.

A l'examen radioscopique, on trouve les deux sommets légèrement obscurs et suspects, et des ganglions bronchiques paraissant volumineux.

Traitement. — 4 grammes, puis 6 grammes d'iodure de sodium par jour et injections quotidiennes de 0,02 centigrammes de biiodure de mercure.

26 février. — Diarrhée légèrement sanguinolente. Dyspnée moins forte. Mêmes signes d'auscultation.

3 mars. — Arrêt des piqûres de biiodure.

5 mars. — Injection de 0,01 centigramme de benzoate de Hg. La dyspnée qui s'était atténuée les jours précédents a reparu, semblant coïncider avec les injections de benzoate. On les supprime.

9 mars. — La dyspnée a disparu. Mêmes signes d'auscultation, la diarrhée persiste.

20 mars. — La malade est reprise d'une dyspnée extrême avec expectoration abondante et diarrhée profuse.

27 mars. — Décès.

Autopsie le 29 mars.

Poumon droit. — Pas de tuberculose au sommet. A la base du lobe supérieur on trouve un bloc de tissu compact en partie sclérosé, d'aspect rappelant la pneumonie blanche du nouveau-né. Bronches légèrement dilatées et gorgées de pus.

Poumon gauche. — Pas de tuberculose au sommet, mêmes lésions péribronchiques, mais beaucoup moins prononcées. Ganglions trachéo-bronchiques normaux.

La trachée présente au-dessus de sa bifurcation une atésie de sa lumière par un épaissement scléreux de la paroi qui a environ 2 cm. $\frac{1}{2}$ d'épaisseur.

Cœur normal.

Rein droit normal, 180 grammes. Rein gauche, 70 gr. atrophie dans toutes ses parties.

Foie, 1770 grammes. Normal d'aspect.

Rate un peu grosse, sans lésions nettes, 280 grammes.

Examen histologique. — L'anneau péricitrachéal est formé uniquement d'un tissu de sclérose adulte. Il s'agit d'une lésion ancienne, cicatricielle.

Le tissu pulmonaire au niveau du bloc précédemment signalé, présente des lésions à divers stades de leur évolution. Au début, le tissu interalvéolaire est épaissi, œdémateux, contenant des cellules fixes, des macrophages, quelques rares polynucléaires, mais surtout de nombreux lymphocytes. Dans les alvéoles, il y a prolifération des cellules bordantes qui s'isolent, se multiplient et en comblent bientôt la cavité. La lumière des vaisseaux est rétrécie par suite d'un processus sclérogène qui atteint toutes les tuniques. Il s'agit de panartérite. En d'autres points les lésions sont cicatrisées, donnant naissance à une sclérose pulmonaire très développée. En certains points les alvéoles ont été tellement étouffés par la sclérose que l'aspect du poumon est à peine reconnaissable.

Plèvre épaissie, sa partie profonde est très scléreuse.

OBSERVATION III

(Hedren-Nordiskt Medicin-Arkiv, 1907)

Femme de 44 ans, non mariée, sans profession plusieurs fois en traitement à l'hôpital pour une syphilis. L'observation en est courte.

Aucune maladie infectieuse à signaler. On ne sait à quand remonte l'infection ; ses habitudes de jeunesse prédisposaient d'ailleurs cette femme à contracter la vérole. En 1898, elle entre pour la première fois, avec des gommes multiples ; jusqu'à sa mort, survenue en 1903, elle fut admise à l'hôpital deux ou trois fois par an, soit pour des symptômes syphilitiques, soit pour une insuffisance mitrale développée lentement. Les années précédentes déjà, on avait diagnostiqué une pneumonie chronique du côté droit, interprétée comme tuberculeuse ; cependant, malgré de multiples recherches, on ne put jamais, dans l'expectoration, découvrir le moindre bacille de Koch.

Les années suivantes, les signes de compression pulmonaire allèrent en augmentant continuellement. En 1901, ils affectent les poumons en entier ; à partir de ce moment la maladie fut regardée comme d'origine syphilitique possible ; car on n'avait toujours pas pu découvrir de bacilles de Koch.

Le 30 mai 1903, elle fut admise pour la dernière fois à l'hôpital, pour des signes graves de maladie de cœur. Elle mourut peu après son entrée.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Résumé de l'autopsie. — Bonne corpulence, nombreuses cicatrices cutanées plus ou moins profondes, la plupart avec pigmentations. Péricarde non altéré. Cœur hypertrophié. Valves de la mitrale épaissies ; les piliers tendineux très raccourcis et épaissis, soudés les uns contre les autres, produisant un rétrécissement des orifices.

Poumon gauche libre, rien dans la cavité pleurale.

Poumon droit adhérent à la plèvre.

Le poumon gauche est plus dur que normalement. Les bronches contiennent des mucosités. Le poumon droit est atrophié et très dur. Il est entouré dans toute son étendue par un épaississement pleural. Vers le hile, les grosses bronches et les vaisseaux sont entourés d'un tissu fibreux.

Ce tissu conjonctif remplit complètement l'espace situé entre les bronches et les vaisseaux et se prolonge en une masse compacte qui pénètre dans le parenchyme pulmonaire en le détruisant. Ensuite cette masse de tissu induré se divise en travées qui entourent les bronches et les vaisseaux.

Près du hile, le tissu conjonctif a une coloration blanchâtre.

Sur les coupes, on voit de loin en loin des épaississements de tissu conjonctif.

Au milieu du lobe supérieur on voit deux ectasies bronchiques.

Les ganglions lymphatiques du hile sont envahis par la sclérose et colorés en noir.

Le foie est un peu diminué de volume et plus ferme que normalement.

En résumé : nombreuses gommes cutanées cicatrisées ; productions fibreuses endocarditiques de la mitrale ; pneumonie interstitielle du poumon droit avec induration périfibronchique et périvasculaire ; bronchectasie.

Recherches histologiques (résumées). — Au poumon droit : le tissu du hile et des masses conjonctives est formé de tissu conjonctif composé de grosses fibrilles et de cellules assez abondantes. L'épaississement inflammatoire

des parois vasculaires est typique. Le plus souvent l'épaississement de la tunique interne a amené l'oblitération de la lumière vasculaire. Au niveau du hile et dans son voisinage immédiat on trouve quelques restes de parenchyme normal. Dans les portions qui, macroscopiquement, semblent normales, on trouve une prolifération interstitielle du tissu conjonctif d'un type très riche en cellules, avec des parois alvéolaires épaissies et même parfois entièrement comblées par leur épithélium.

L'inoculation au cobaye a été négative pour le bacille de Koch.

OBSERVATION IV

(Résumée)

(Hoffmann — Dermatologische Zeitschrift 1908)

X..., malade, 47 ans ; père bien portant, mère morte à 67 ans de tuberculose pulmonaire. Scarlatine et rougeole dans l'enfance et plus tard blennorrhagie.

Le 15 juillet 1906. — Rapports avec une femme. Quatorze jours plus tard des ulcérations semblables à de l'herpès de la verge, un peu suintantes, non douloureuses. Diagnostic : chancre syphilitique.

10 septembre 1906. — Peu après, apparition des signes normalement attendus et traitement par injections. Le malade continue jusqu'au 15 et tous les deux jours une injection (0,02 de Hg Cl²).

Au commencement de décembre 1906, récurrence locale d'une ulcération dure. Huit jours après apparition de syphilides papuleuses.

Traitement: iodure de potassium, frictions mercurielles.

18 février 1907. — Le malade entre à l'hôpital.

Constitution faible. Bon état de nutrition générale.

Il présente des plaques amygdaliennes, des syphilides papuleuses et ulcéreuses.

Injectons de salicylate de mercure (0,06 centigrammes).

Le lendemain syncope dont il se remet assez vite.

De temps en temps, tous les dix jours environ, on lui fait des piqûres de salicylate de mercure.

Le 15 juillet commence une toux courte et sèche qui s'aggrave les jours suivants.

Le 28 juillet, poids : 67 kilos 5. Légère élévation de la température oscillant autour de 38°. Lobe inférieur droit et sommet gauche submats ; respiration à gauche très faible, à droite rude, dans les zones submates : râles.

28 août. — Toux considérable, voix éteinte, sueurs nocturnes et fièvre.

5 septembre. — Toux sèche, vomissements fréquents.

La matité du lobe inférieur droit est augmentée, râles plus perceptibles.

29 septembre 1907. — On constate sur l'hémithorax gauche une syphilide grosse comme un haricot. Toux quinteuse et douloureuse, dyspnée violente. Expectoration muqueuse et abondante. Lobe supérieur droit, partie supérieure du lobe inférieur et sommet gauche : ~~matité~~. Aux sommets râles aux deux temps.

Le diagnostic posé jusque-là était péribronchite tuberculeuse.

Sur l'avis du professeur Hoffmann, on donne de l'iode de potassium trois fois par jour, 0,50 centigrammes. L'expectoration n'avait jamais contenu de bacilles.

6 octobre. — Matité pareille, râles à peine percepti-

bles. Le malade tousse toujours, mais n'a pas de fièvre.

19 octobre. — Lobe supérieur droit submat, obscurité respiratoire. Sommet gauche submat.

1^{er} novembre. — Sommet gauche mat avec diminution du murmure respiratoire. En avant, quelques ronchus moyens au niveau des deux premiers espaces intercostaux.

17 février 1908. — Augmentation de la toux. Au poumon rien de nouveau.

Wassermann : positif.

Le 12 mars 1908. — Etat stationnaire. Ronchus au poumon.

Mai 1908. — Examen radiologique du poumon : aucune altération suspecte de tuberculose. Au niveau du hile : ombre. Traitement mercuriel.

OBSERVATION V

(Personnelle)

L..., M., 38 ans, cordonnier.

Entre le 4 juillet 1919 pour toux et essoufflement.

Père et mère bien portants. Un frère et une sœur en parfaite santé.

Lui-même dit n'avoir eu aucune maladie dans l'enfance. Nie toute maladie vénérienne. A toujours été en bonne santé jusqu'à l'âge de 30 ans. A ce moment-là, à la suite d'un refroidissement, il aurait contracté une affection pulmonaire qui le fit hospitaliser pendant plus de deux mois. Il a quitté l'hôpital sans être guéri. Il tousse et crachait en assez grande abondance.

Deux ans après, nouveau séjour à l'hôpital. Il aurait présenté de la toux et de l'essoufflement.

Actuellement, vient parce qu'il tousse beaucoup, s'opresse facilement et ne peut faire un effort, monter un escalier sans être essoufflé.

Ethylisme modéré : 2 litres de vin par jour.

N'aurait jamais eu de fièvre, ni de transpirations nocturnes.

A l'examen : malade au teint terreux ; de constitution plutôt faible, portant au niveau du sternum et de l'omoplate deux cicatrices très adhérentes, reliquat de deux abcès qui auraient évolué lentement, sans douleur.

A la poitrine : *poumon gauche*, légère rétraction thoracique. En arrière : exagération des vibrations vocales ; submatité généralisée. Ronchus sur tout le poumon, quelques sibilances, respiration soufflante et râpeuse, souffle bronchique au niveau du hilé à timbre rappelant le cornage. En avant, respiration soufflante.

Au poumon droit. — Matité dans les fosses sus et sous-épineuses ; sibilances et ronchus généralisés ; inspiration rude à la base.

Expectoration abondante, muco-purulente. Pas de bacilles de Koch.

Cœur normal ; ni hypertrophie, ni lésions valvulaires. Pouls : 95.

Foie normal. Rate normale.

Radioscopie. — Grisaille au niveau des deux poumons, mais plus accentuée au niveau de la région hilare gauche.

Diagnostic. — Tuberculose pulmonaire torpide à tendances fibreuses.

17 septembre. — Mêmes signes d'auscultation ; mêmes signes fonctionnels, sauf que la dyspnée s'exagère la nuit.

Examen des crachats : négatif pour bacilles de Koch.

23 septembre. — Etat stationnaire mais apparition de douleurs nocturnes au niveau du tibia qui font penser aux douleurs ostéocopes de la syphilis. On pratique un Wassermann : positif.

A partir du 3 octobre, on fait au malade une série de piqûres de néosalvarsan, depuis 15 cm³ à 90 cm³. A partir de 60 cm³ les douleurs ostéocopes ont disparu. A la fin de la série l'état général s'est amélioré ; la toux et les crachats sont diminués, mais le cornage et les autres signes stéthoscopiques persistent. Le malade quitte l'hôpital.

CONCLUSIONS

I. — Les scléroses broncho-pulmonaires syphilitiques, caractérisées par leur localisation péribronchique et périvasculaire, sont la résultante d'atteintes spécifiques aiguës ou subaiguës, de la période tertiaire. Plus rarement elles sont consécutives au secondarisme.

II. — Les pneumosyphiloses à forme bronchitique se présentent sous le masque banal de la bronchite chronique. Les symptômes fonctionnels sont : la toux, l'expectoration mucéo-purulente, parfois striée de sang, et la dyspnée. Les signes physiques, surtout marqués à la partie moyenne et à la base du pöumon et plus souvent à droite qu'à gauche, sont une diminution de la sonorité normale et soit des râles bronchitiques soit une inspiration rude et râpeuse.

III. — Le diagnostic se fait à l'aide des anamnestiques, de la coexistence d'autres accidents spécifiques de la réaction de Wassermann et de l'examen des crachats. Il se pose avec la bronchite chro-

nique commune qui est habituellement sous la dépendance d'une altération cardiaque, rénale, artérielle ou d'une diathèse ;

Avec l'aspergillose et l'actinomycose que révèle l'examen des crachats ; enfin, avec la bronchite tuberculeuse, caractérisée par sa localisation aux sommets, par une atteinte plus rapide de l'état général, la présence de bacilles de Koch dans les crachats, le sero-diagnostic de S. Arloing et P. Courmont. Ce qui le complique c'est que souvent il y a association syphilo-tuberculeuse, la lésion produite est alors une hybride.

IV. — L'intensité des lésions scléreuses, l'apparition de nouveaux accidents spécifiques (gommes, ectasies bronchiques) et enfin les infections secondaires banales ou tuberculeuses rendent le pronostic sombre.

V. — Le traitement sera à la fois hygiénique et spécifique. Avec le traitement hygiénique nous mettrons le malade en meilleur état de résistance entre les infections secondaires qui ont tendance à se produire et avec le traitement spécifique nous mettrons le poulmon à l'abri d'une nouvelle poussée gommeuse ou bronchiolectasique.

L'iodure de potassium sera proscrit à cause de son action congestive sur le poulmon.

Le mercure constituera la base du traitement. On surveillera son administration à cause de l'association syphilo-tuberculeuse possible qui n'en contre-

indique pas l'emploi car le mercure peut exercer une action favorable sur la tuberculose en modifiant le terrain syphilitique sur lequel elle évolue.

Le néo-salvarsan sera souvent contre-indiqué par l'existence de lésions du foie.

Vu :

Le Doyen,
HUGOUNENQ.

Le Président de la Thèse,
ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 5 Mai 1920.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABECASSIS. — Thèse de Lyon, 1910-11.
- ALIBERT. — Thèse de Paris, 1903.
- AUDRAIN. — Contribution à l'étude diagnostique et clinique de la syphilis pulm. Caen, 1903.
- AUGAGNEUR. — Thèse de Lyon, 1910-11.
- BALZER. — Traité de Médecine de Brouardel.
- BERIEL. — Syphilis du poumon, 1907.
- BUCHANAN. — *British Medical Journal*, 1907.
- DANN. — *Dermat. Zeitschrift*, n° 10, 1908.
- FLORAND, FRANÇOIS, FLURIN. — Les bronchites chroniques, 1919.
- FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- GAUCHER. — Syphilis des viscères.
- JACQUIN. — Thèse de Paris, 1884.
- JACQUINET. — Thèse de Paris, 1895.
- HEDREN. — Syphilis pulm. chez l'adulte. *Nordiskt Med. Archives*, 1908.
- LAGNEAU. — Thèse de Paris, 1851.
- LANCEREAUX. — Traité de la syphilis, 1873. *Gazette des Hôpitaux*, 1877. *Cliniques*, 1892.
- LETULLE. — Cœur, vaisseaux, poumons, 1897.
- MARFAN. — Traité de médecine Charcot-Bouchard. Syphilis du poumon. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.
- MAURIAC. — *Gazette des Hôpitaux*, 1888. — *Syphilis tertiaire*, 1890.
- MASSIA. — Thèse de Lyon, 1910-11. — *Gazette des Hôpitaux*, 1912.
- MILIAN. — Syphilis du poumon in traité de E. Fournier.
- MOSNY et MALLOIZEL. — Ann. des Mal. vénériennes, 1907.
- NICOLAS, FAVRE et LAURENT. — Contribution au diagnostic différentiel entre syphilis et tuberculose. *Province Médicale*, 1910.
- NICOLAS, FAVRE et CHARLET. — Réaction des syphilitiques à la tuberculine. *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*.
- POTAIN. — Syphilis pulmonaire. *Gazette des Hôpitaux*, 1888.

PERRY. — Syphilis diffuse fibreuse du poumon. *Transact. of the path. soc.*, 1891.

SCHNITZLER. — Etude clinique de la syphilis pulm. *Wien. med. Presse*, 1879.

SÉE et TALAMON. — Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon.

SERGEANT. — Syphilis et Tuberculose, 1908. — Etudes cliniques sur la tuberculose, 1919.

SFORZA. — *Rivista spedaliera*, 1911.

TRIBOULET. — Traité de Médecine de Brouardel.

TRIPIER. — Traité d'anatomie pathologique.

VIDAL DE CASSIS. — Traité des maladies vénériennes, 1833.

WADSACK. — Syphilis des bronches. *Charité Ann.*, 1904.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION.	9
II. CHAPITRE I. — Etiologie.	11
III. CHAPITRE II. — Etude Clinique	13
a) Symptômes fonctionnels	13
b) Signes physiques.	15
IV. CHAPITRE III. — Diagnostic.	17
a) Diagnostic positif.	18
b) Diagnostic différentiel	20
V. CHAPITRE IV. — Evolution et Pronostic	25
VI. CHAPITRE V. — Traitement	29
Observations	32
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE.	49
